

ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СТЕРНОМЕДИАСТИНИТА

*Тутуков А.Б., Абу Тог Недаль Мохд Салим, Ашурова С.М.
торакальное отделение Россия, ГБУЗ РКБ МЗ КБР, г. Нальчик*

АННОТАЦИЯ

В данной статье было произведено исследование больных с стерномедиастенитом, и анализ результатов лечения и роль транспозиции сальника в лечение послеоперационный стерномедиастинит (ПСМ).

ABSTRACT

In this article, the study of patients with sternomediastinitis, and analysis of the result of treatment and the role of the transposition of the omentum in the . treatment.

Ключевые слова: стернотомия, стерномедиастинит, транспозиции, сальника, фистулография, секвестрэктомия,

Keyword. sternotomy, sternomediastinitis, transposition, omentum, fistulography, sequestrectomy.

Вступление Срединная стернотомия является основным доступом в операции на сердце в котором имеет много преимуществ, она может быть выполнена быстро, легко и с небольшой потерей крови. Наиболее важным осложнением срединной стернотомии является инфицирование операционного разреза, что может привести к расслоению грудины и развитию остеомиелита и медиастинита которая встречается у 0,3–5% и сопровождается летальностью до 40%. Основными этиологическими факторами нарушения срединной стернотомии и медиастинита являются ожирение, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких, длительность операции и большой объем кровопотери.

Цель исследования — оценка эффективности методы транспозиции сальника в лечении послеоперационного медиастинита и хирургического лечения ПСМ у кардиохирургических пациентов, перенесших стернотомии.

Материалы и методы. С 2015 по 2019 гг. в торакальном отделении ГБУЗ РКБ МЗ КБР находилось на лечении 27 пациент с осложнениями после стернотомии, которые были выполненной в различных лечебно-профилактических учреждениях. Мужчин было 21 (78%), женщин 6 (22%). Возраст пациентов варьировал от 38 до 75 лет. Средний возраст составил 56,5 год. Сроки с момента выполнения операции и до госпитализации составил от 7 суток до 6-х месяцев с момента выписки. пациента находились с данной патологией от 2 до 4-х раз. В подавляющем большинстве больным были выполнены операции на сердце по поводу ишемической болезни сердца - 23 (85%), протезирование клапанов сердца - 4 (15%). При поступлении больные предъявляли основные жалобы на наличие раны и/или наружных свищей на передней грудной стенке с серозно-гнойным отделяемым, нестабильность грудины и боль, усиливающуюся при кашле, дыхании, физической нагрузке. Всем пациентам проведено комплексное обследование, включающее клинко-лабораторное, С - реактивный белок (СРБ), рентгенологическое (КТ, МРТ), фистулография, бактериологическое исследование, УЗИ. В

зависимости от характера и глубины очага воспаления грудины выделяют поверхностные и глубокие поражение.

К поверхностному поражению грудины отнесены воспалительные процессы мягких тканей, где были наложены фиксирующие грудину швы (металлическая проволока, скобы и др.), поражение ребер, хрящей. Возникновение стерномедиастинит (переднего) с флотацией ее краев отнесены к глубоким инфекционным поражениям.

С поверхностными поражениями грудины было 25 пациентов. Из них 7 произведено удаление металлоконструкции, фиксирующую грудину. Секвестрэктомиию грудины, резекцию пораженных ребер, хрящей выполнены 9 пациентам. В 9 случаях в результате расхождения краев послеоперационной раны с реактивным медиастинитом проводились местно перевязки с растворами антисептиков. После санации очагов поражения заживление раны происходило вторичным натяжением. 3 пациентам секвестрэктомия выполнялась многократно (от 2 до 4 раз).

С глубоким инфекционным поражением, развитием переднего стерномедиастинита, несостоятельностью швов грудины и флотацией, а также обширным гнойным поражением на лечении находилось 2 пациента. Ведение этих больных проводилось в два этапа. У пациентов отмечалось тотальное расхождение и несостоятельность швов грудины с флотацией краев и обширный гнойный процесс мягких тканей, грудины и реберно-ключичного комплекса. Все фиксирующие скобы были удалены, полость переднего средостения дренирована. Проводилась с целью ускорения очищения раны вакуумные повязки, ультразвуковая (УЗ) - кавитация полости и краев раны. После наступления грануляций, стабилизации состояния с целью закрытия дефекта и стабилизации костного каркаса, готовили больных на втором этапе

У пациентов ежедневно брали посева крови и мочи. Проводили эти действия от 10 до 21 дня в зависимости от макроскопической картины полости перикарда и результатов трех последовательных перикардальных культур,

которые должны быть отрицательными. На втором этапе мы провели операцию по закрытию открытой грудной клетки. Интраоперационно полностью удалили грудину, и некоторые участки хондральной части ребер грудной клетки. При небольшой лапаротомии мы рассекли большой сальник с правой желудочно-Сальниковой артерией и перенесли его в полость перикарда для устранения мертвого пространства можно видеть результат переноса сальника через год после операции на КТ грудной клетки. Все пациенты выжили с помощью этих методов, и среднее пребывание в больнице составило 28,6 дней (20-46). Шесть месяцев, один год и два года наблюдения показали, что пациенты находились в хорошем клиническом состоянии без симптомов.

Обсуждение. Медиастинит является разрушительным потенциальным осложнением кардиохирургии. Частота возникновения стерномедиастинита и нестабильности грудины имеет место у 1%-2,5% пациентов, перенесших стернотомию, однако летальность при этом достигает 47%. Механизм развития медиастинита многофакторен. Интраоперационная раневая контаминация была убедительно продемонстрирована в небольшом числе случаев и, вероятно, представляет собой важный источник многих инфекций. Кроме того, различные характеристики пациентов были связаны с увеличением частоты возникновения медиастинита, что позволяет предположить, что определенные факторы могут предрасполагать пациентов к развитию этого осложнения.

Известна роль сальника в сдерживании абдоминальных инфекций хорошо. Относительно длинная сосудистая ножка обеспечивает возможность переноса сальника в переднее средостение, что необходимо при постстернотомном медиастините. Сальник богат лимфатическими и кровеносными сосудами, и может быстро поглощать воспалительный экссудат и предотвращать дальнейшее распространение местной инфекции. В этих случаях необходимо подчеркнуть важность своевременной диагностики послеоперационного медиастинита и экстренной операции. Любая задержка в постановке диагноза и хирургическом лечении часто приводит к септическому шоку с последующей полиорганной недостаточностью или смертельным кровотечением из линии хирургического шва на сердце или магистральных сосудах. Даже если

симптомы не указывают на медиастинит, при подозрении на это осложнение рекомендуется экстренная КТ грудной клетки. Высокая температура после афебрильного послеоперационного периода, даже без каких-либо признаков раны, или лейкоцитоз являются основными тревожными признаками в этих случаях.

Наиболее частыми осложнениями после стернотомии являются несостоятельность шва и нестабильность грудины. Повторная госпитализация многократно увеличивает расходы на лечение пациентов с данной патологией. Выбор тактики лечения пациентов с послеоперационным стерномедиастинитом зависит от глубины поражения грудины и переднего средостения. Немаловажное значение в комплексном лечении имеет стабилизация костного каркаса грудины.

Вывод. Медиастинит после кардиохирургических операций является серьезным осложнением с серьезными последствиями в отношении заболеваемости и смертности. Агрессивное раннее очищение, открытая рана и непрерывное обильное орошение раны оказались очень полезными для пациентов. Методы транспозиции сальника в лечении послеоперационного медиастинита достаточно эффективны.

Литература

1. Сердечно-сосудистая хирургия-2012. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения. Под ред. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН; 2013.
2. Белов В.А. Оптимизация лечения больных с послеоперационным передним медиастинитом. Вестник ОКБ-1.2002; 59 (4): 16-18.
3. El Oakley RM, Wright JE. Postoperative mediastinitis: classification and management. Ann Thorac Surg. 1996; 61: 1030-103.
4. Вишневский А.А., Рудаков С.С., Миланов Н.О. Хирургия грудной клетки/ Руководство.
5. Hultman CS, Carlson GW, Losken A, et al. Utility of the omentum in the reconstruction of complex extraperitoneal wounds and defects: donor-site complications in 135 patients from 1975 to 2000. Ann Surg. 2002; 235 (6): 782-795.
6. Krabatsch T, Hetzer R. Poststernotomy mediastinitis treated by transposition of the greater omentum. J Card Surg. 1995; 10 (6): 637-643.